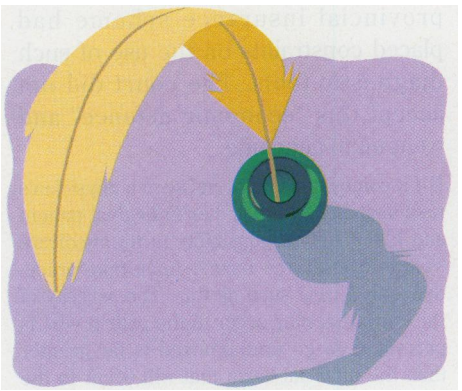
EDITORIALS

Legal aspects of the physician-patient relationship

Considerations during health care reform in Canada

Timothy Caulfield, LLM



Traditionally, the relationship between physicians and their patients has been conceived of as unique, as a relationship that compels physicians to act in the best interests of their patients. Canadian law has reinforced this notion by often characterizing the physician-patient relationship as fiduciary.[1]

A fiduciary relationship is based on dependency, reliance, and trust. Fiduciaries (physicians) are held, therefore, to the highest legal standard of conduct and are required to act with the utmost loyalty and good faith in their dealings with patients.[2] Fiduciary duties include disclosure of conflicts of interest to patients, treating patient information as confidential, and, most importantly for this article, providing a certain level of care.[3,4]

A growing number of health reform and economic forces have created pressures and incentives that could influence physicians to place their own interests or those of the broader health care system over the interests of their patients. Some of these forces have been around for a long time, such as pressures from pharmaceutical companies to purchase their products. Others are new, such as the global caps that have accompanied Canadian health care reform initiatives. Such pressures arguably place physicians in a no-win situation because they are compelled to weigh society's needs against the needs of individual patients.

Does the law provide guidance for physicians in these conflict situations? Yes and no. An emerging area of law, known as fiduciary law, helps to clarify physicians' duty to their patients, but also emphasizes the tension created by divided loyalties (ie, to patients and to society). This conflict has been highlighted by several recent negligence cases.[5]

Conflicts of interest

What type of circumstances raise conflicts that strain the traditional physician-patient relationship? Briefly, the answer is any situation that might be perceived as causing a physician to place the interests of another party, including his or her own interests, over the interests of a patient.[6] One commentator noted, "A physician who, within the physician-patient relationship, engages the interests of a third-party or engages in self-interested dealings acts not for the patient but for another."[7]

The most commonly cited conflicts are explicitly financial, such as compensation by a third party that could influence a physician's behaviour. Such compensation could include gifts from biotechnology and pharmaceutical companies,[8-10] special rates on office space or business and medical equipment,[11] industry-sponsored research,[12] research in which the physician has a financial interest, and of course, referral to a facility in which the physician has a financial stake.[13]

Most physicians are familiar with these typical situations, but the restructuring of our health care system has introduced the potential for numerous new and less obvious forms of conflict of interest. The switch from a health care system that was open-ended to one with fixed budgets creates situations where there might be incentives to underuse services improperly.[14] Although fee-for-service could induce inappropriate overuse, a system that encourages physicians to underuse resources in ways that might affect their patients negatively is equally worrisome.[15] For example, hospitals might try to limit certain diagnostic services, health authorities might try to reduce the time patients spend in hospital, and provincial governments might try to cap physician remuneration.

While many of these emerging health reform mechanisms are the result of logical and needed health policy changes at the macro level, they nonetheless create new pressures (explicitly or implicitly) that conflict with a physician's traditional role as patient advocate.

The law's response

Recent Canadian, American, and British case law has done little to moderate the extent of a physician's duty to a patient. In law, a physician's primary duty remains to the patient

← FOR PRESCRIBING INFORMATION SEE PAGE 2197

regardless of cost-containment initiatives.[16] In the decision on *Wickline v State of California*, a case that involved a patient being released from hospital earlier than was medically advisable, the court held that a physician's fiduciary duty to a patient requires that the physician give priority to the patient's interests over the interests of others.[17]

Several British negligence cases have addressed this issue also, but they generally have focused on the potential liability of the public decision maker (ie, the relevant Health Authority). Nevertheless, the message seems to be similar. In the 1989 case of *Bull v Devon Health Authority*, for example, the court rejected the argument that the Health Authority did the best they could with the limited resources available: "It is not necessarily an answer to allegations of unsafety that there were insufficient resources to enable the administrators to do everything which they would like to do."[18]

Although no Canadian cases have addressed physicians' fiduciary duty as it relates to cost-containment measures, several Supreme Court of Canada decisions have re-emphasized the fiduciary nature of the relationship. In *Norberg v Wynrib*, Justice McLachlin noted that the "most fundamental characteristic of the doctor-patient relationship is its fiduciary nature."[19] Likewise, in the case of *McInerney v MacDonald*, which examined the issues of access to medical records and a physician's duty of confidentiality, Justice La Forest held that:

> Certain duties do arise from the special relationship of trust and confidence between doctor and patient. Among these are the duty of the doctor to act with the utmost good faith and loyalty and to hold information received from or about a patient in confidence.[20]

In addition, some negligence cases (ie, cases founded not on fiduciary law but on basic negligence principles) have dealt directly with the tension between the needs of society and those of patients. In the British Columbia case of *Law Estate v Simice*, for example, a widow sued several physicians after her husband died from a ruptured aneurysm. In defence, one of the excuses forwarded for not providing a computed tomography scan in a timely manner was that the provincial insurance scheme had placed constraints on the use of such diagnostic tools. The court did not accept this "economic defence" and went on to conclude:

> [I]f it comes to a choice between a physician's responsibility to his or her individual patient and his or her responsibility to the medicare system overall, the former must take precedence in a case such as this. The severity of the harm that may occur to the patient who is permitted to go undiagnosed is far greater than the financial harm that will occur to the medicare system if one more CT scan procedure only shows the patient is not suffering from a serious medical condition.[21]

It is important to note that these cost-containment cases differ from situations where resources are actually scarce, such as is often the case in rural settings. In the cases cited, the resource is available but a conscious decision has been made not to use it due to a policy of economic restraint.

Conclusion

Strong and healthy physician-patient relationships are a cornerstone of an effective health care system. Emerging Canadian jurisprudence has embraced this notion by continuing to emphasize their unique and "trusting" nature. While legal principles, such as fiduciary law, clarify the need for physicians to identify and address potential conflicts of interest, they also re-emphasize the tensions that cost containment has placed on the medical profession. Indeed, Canadian physicians in the future might find themselves faced with financial incentives to incorporate resource allocation policies into their clinical decisions, a scenario already faced by the many American physicians practising under managed care. Such developments create complex conflicts of interest that go to the heart of the traditional duties that flow from the physician-patient relationship.

How should physicians react? Some American commentators suggest that physicians can best face these conflicts by viewing themselves as patients' "economic advocates."[22] In such a role, physicians would have a positive duty to take reasonable steps to obtain health care resources on behalf of their patients. If this duty is discharged, then liability would (at least in theory) flow to the macro-allocator (ie, hospitals or health authorities). Others, including me, have suggested that these conflicts could be tempered, although not resolved, through an inclusive disclosure policy.[16,23] Explaining to patients the impact of cost-containment initiatives would allow them to participate fully in the development of health care policy, including pressuring decision makers to change particular cost-containment policies.

Health care reform will continue to raise numerous difficult legal accountability issues, such as to what extent government decision makers should be held liable for allocation policies.[24] One thing seems clear, however. Recent medical-legal jurisprudence indicates that physicians should strive to remain loyal to their patients' needs—an admittedly daunting task given the current economic climate.

Mr Caulfield *is Research Director and an Assistant Professor in the Health Law Institute in the Faculty of Law at the University of Alberta in Edmonton.*

Correspondence to: *Mr T. Caulfield, Research Director, Room 457, Health Law Institute, Law Cantre, University of Alberta, Edmonton, AB T6G 2H5*

References

1. Dickens B. Conflicts of interest in Canadian health care law. *Am J Law Med* 1995;21:259-80.
2. Rodwin M. Strain in the fiduciary metaphors: divided physician loyalties and obligations in a changing health care system. *Am J Law Med* 1995;21:241-57.
3. Boyd T. Cost containment and the physician's fiduciary duty to the patient. *De Paul Law Rev* 1989;39:131-59.

4. Caulfield T. Health care reform: can tort law meet the challenge? *Alberta Law Rev* 1994;32:685-722.
5. Morreim EH. Moral justice and legal justice in managed care: the assent of contributive justice. *J Law Med Ethics* 1995;23:247-65.
6. Kassirer J, Angell M. Financial conflicts of interest in biomedical research. *N Engl J Med* 1993;329:570-1.
7. Perry C. Conflicts of interest and the physician's duty to inform. *Am J Med* 1994;96:375-80.
8. Lexchin J. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: what does the literature say? *Can Med Assoc J* 1993; 149:1401-7.
9. Fogel ML. Survey of pharmaceutical promotion in a family medicine training program. *Can Fam Physician* 1989;35:1603-05.
10. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* 1993;329:573-6.
11. Michna C. The patient has not been informed: a proposal for a physician conflict of interest disclosure law [editor's note]. *Valparaiso University Law Rev* 1992; 27:495-528.
12. Witt M, Gostin L. Conflicts of interest dilemmas in biomedical research. *JAMA* 1994;271:547-51.
13. Rodwin M. *Medicine, money and morals: physicians' conflicts of interest.* New York: Oxford University Press; 1993. p. 44.
14. Hurley J, Card R. Global physician budgets as common-property resources: some implications for physicians and medical associations. *Can Med Assoc J* 1996; 154:1161-8.
15. Emanuel E, Dubler N. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 1995;273:323-9.
16. Picard E, Robertson G. *Legal liability of doctors and hospitals in Canada.* Toronto: Carswell; 1996. p. 132, 205-10.
17. *Wickline v State of California*, 228 Calif Rptr 661 (Ct App 1986).
18. *Bull v Devon Health Authority* (1989) 1 Lancet 738 (C.A.).
19. *Norberg v Wynrib* (1992), 92 D.L.R. (4th) 229 (S.C.C.).
20. *McInerney v MacDonald* (1992), 2 S.C.R. 138.
21. *Law Estate v Simice* (1994), 21 CCLT (2d) 228 (B.C.S.C.), aff'd (1996) 4 W.W.R. 672 (C.A.).
22. Morreim EH. *Balancing act: the new medical ethics of medicine's new economics.* Washington, DC: Georgetown University Press; 1995.
23. Caulfield T, Ginn D. The high price of full disclosure: informed consent and cost containment in health care. *Man Law J* 1994; 22:328-44.
24. Caulfield T. Suing hospitals, health authorities and the government for health-care decisions. *Health Law Rev* 1994;3:7-11.

...

Can family physicians be true patient advocates?

Keith D. Ogle, BA, MD, CCFP

The advocacy literature is profuse and well reviewed.[1] Much of it dates from the period during which the ethical principle of autonomy gained ascendancy. Autonomy, the so-called trumping principle of medical ethics, has illuminated most of the work in advocacy and nursing ethics since 1960.[2]

Until very recently, in fact, only one important opposing view has been published, and the role of patient advocate has become firmly entrenched in nursing doctrine.[3] Much less work has been done on the role of advocate for other health care professionals.

In family practice, the advocacy role appears to be accepted unchallenged: little work examines this complex issue. Moreover, unquestioning acceptance of this role introduces confusion over other accepted tenets of family practice, such as support for screening programs, prevention of communicable diseases, and lifestyle modification. I suggest that blanket adoption of the advocacy role by family physicians is unwarranted and propose a more contextual and individualized approach.

Defining patient advocacy

Adequate definitions of patient advocacy are difficult to formulate and need careful clarification.[1] Sally Gadow suggests that "advocacy is the moral commitment to enhance patients' autonomy."[4] Marsha Fowler identifies four models of advocacy: guardian of patient rights, preserver of patient values, conservator of patients' best interests, and champion of social justice in the provision of health care.[5] The last model introduces a notable conflict for family physicians.

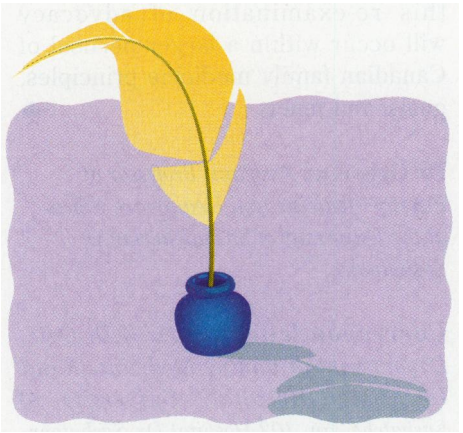
Laura Copp believes that the concept of vulnerability underlies the need for advocacy: "It is obvious that when individuals lose power to represent themselves, and their needs, wishes, values and choices, others must advocate for them."[6] Sheila Corcoran claims that advocacy can be defined in terms of helping patients to be autonomous, informed decision makers.[7] Others, including Gadow, have attempted to distinguish advocacy from paternalism, which itself has roots in an older formulation of the physician-patient relationship, wherein beneficence held the lofty moral position now occupied by autonomy.

The family doctor is a community-based physician. The implications of this principle are several: daily practice is influenced by many factors over which physicians have little control, including economic, educational, racial, ethnic, social, and lifestyle factors. The undifferentiated nature of chronic emotional and transient illnesses, combined with the relatively low prevalence of acutely life-threatening illness, separates family practice from typical hospital-based practice. This contrasting picture of illness calls into question a justification for advocacy based on vulnerability.

Perceived versus expressed vulnerability

Vulnerability could be an incorrect attribution when externally conceived. More likely, patients who are

ÉDITORIAUX



Aspects juridiques de la relation médecin-patient

Réflexions sur la réforme des soins de santé au Canada

Timothy Caulfield, LLM

La conception traditionnelle de la relation entre le médecin et ses patients veut qu'elle soit unique et qu'elle contraigne le médecin à intervenir dans les meilleurs intérêts de ses patients. La jurisprudence canadienne a renforcé cette notion en qualifiant souvent de fiduciaire la relation médecin-patient.[1]

La relation fiduciaire repose sur les notions de dépendance, de confiance et de responsabilité. Les fiduciaires (médecins) sont donc tenus d'avoir une conduite exemplaire et d'agir avec le plus haut degré de loyauté et de bonne foi dans leurs relations avec les patients.[2] Les fiduciaires ont le devoir de révéler à leurs clients les conflits d'intérêt, de respecter la confidentialité des renseignements divulgués et, pour les fins de cet article, de dispenser des soins d'un certain niveau de qualité.[3,4]

Un nombre croissant de forces économiques et de contraintes associées à la réforme de la santé ont créé des pressions et des motivations qui pourraient inciter les médecins à se préoccuper davantage de leurs intérêts personnels ou de ceux du système de soins de santé dans son sens large que des intérêts de leurs patients. Certaines de ces forces ont des bases traditionnelles, p. ex. les pressions des entreprises pharmaceutiques en faveur de leurs produits. D'autres sont nouvelles, p. ex. les plafonds de rémunération et les budgets globaux qui découlent de la réforme des soins de santé. On peut soutenir que de telles pressions placent les médecins dans une position de perdants puisqu'ils sont forcés de confronter les besoins de la société et les besoins de leurs patients individuels.

Existe-t-il dans la loi des lignes directrices pour guider les médecins dans ces situations conflictuelles ? Oui et non. Actuellement en développement, le secteur de la loi fiduciaire apporte des clarifications sur les devoirs du médecin envers ses patients mais il fait également ressortir les tensions générées par le partage des loyautés (c'est-à-dire envers les patients et envers la société). Plusieurs cas récents de poursuite pour négligence ont mis ce conflit en évidence.[5]

Conflits d'intérêt

Quelles sont les situations susceptibles de générer des conflits où la relation médecin-patient traditionnelle est mise à l'épreuve ? On peut répondre brièvement : toute situation perçue comme ayant le potentiel d'entraîner le médecin à placer les intérêts d'un autre individu ou groupe, y compris ses propres intérêts, au-dessus des intérêts du patient.[6] Comme le mentionne un observateur, « Le médecin qui, dans le cadre de la relation médecin-patient, fait intervenir ses propres intérêts ou les intérêts d'un tiers n'agit pas en faveur du patient mais de quelqu'un d'autre. »[7]

Les conflits les plus fréquemment mentionnés sont explicitement de nature financière, par exemple, une compensation par un tiers ayant le potentiel d'influencer le comportement du médecin. Parmi les exemples d'une telle compensation, on retrouve notamment les cadeaux distribués par les entreprises pharmaceutiques et de biotechnologie,[8-10] les tarifs spéciaux pour la location d'espaces de bureau et pour l'achat d'équipement médical ou de bureau,[11] la recherche subventionnée par l'industrie,[12] la recherche où le médecin possède un intérêt financier et, évidemment, les références à un établissement qui procure au médecin des avantages financiers.[13]

La plupart des médecins sont familiers avec ces situations typiques mais la restructuration de notre système de soins de santé a introduit la possibilité de nombreuses formes, nouvelles et moins apparentes, de conflit d'intérêt. Le passage d'un système de soins de santé ouvert à un système dont les budgets sont fixes crée des situations où il est tentant de sous-utiliser les services de manière indue.[14] Bien que la rémunération à l'acte puisse inciter à la surutilisation, il faut également se préoccuper d'un système qui encourage les médecins à sous-utiliser les ressources avec le risque potentiel de répercussions négatives sur les patients.[15] Par exemple, les centres hospitaliers pourraient tenter de limiter l'utilisation de certains services diagnostiques, les administrations régionales de raccourcir le séjour hospitalier et les gouvernements d'imposer des plafonds à la rémunération des médecins.

Dans une perspective macroéconomique, ces nouveaux mécanismes appliqués à la réforme de la santé sont le résultat des changements logiques

et nécessaires au niveau des politiques de la santé mais ils créent néanmoins de nouvelles pressions (explicites ou implicites) qui entrent en conflit avec le rôle traditionnel du médecin comme défenseur des intérêts du patient.

L'attitude des tribunaux

Dans la jurisprudence canadienne, américaine et britannique récente, on retrouve peu de tentatives visant à réduire l'importance des devoirs du médecin envers son patient. Sur le plan juridique, le médecin doit d'abord servir les intérêts de son patient, indépendamment des initiatives de réduction des coûts.[16] Dans le jugement de la cause *Wickline vs State of Califoronia*, où un patient avait reçu son congé de l'hôpital avant que son état ne le justifie, le tribunal a soutenu que le devoir fiduciaire du médecin est d'accorder la priorité aux intérêts de son patient avant tout autre intérêt.[17]

Du côté britannique, plusieurs cas de poursuite pour négligence ont également abordé cette question en se concentrant généralement sur la responsabilité potentielle du décideur public (c'est-à-dire la *Health Authority* impliquée). Le message est semblable. En 1989, par exemple, dans la cause *Bull vs Devon Health Authority*, la cour a rejeté l'argument voulant que la Health Authority avait fait de son mieux avec les ressources disponibles : « Cet argument ne constitue pas nécessairement une réponse aux allégations voulant qu'une personne se retrouve dans une situation dangereuse parce que des ressources insuffisantes empêchent les administrateurs de faire tout ce qu'ils aimeraient. »[19]

Au Canada, on ne retrouve pas de cause ayant examiné le devoir fiduciaire du médecin sous l'aspect des mesures de restriction des coûts. Plusieurs jugements de la Cour suprême du Canada ont toutefois repris à leur compte la nature fiduciaire de la relation. Dans la cause *Norberg vs Wynrib*, le juge McLachlin souligne que « la caractéristique la plus fondamentale de la relation médecin-patient est sa nature fiduciaire. »[19] Dans le même sens, mentionnons la cause *McInerney vs MacDonald* qui a examiné les aspects de l'accès aux dossiers médicaux et le devoir du médecin de respecter la confidentialité, où le juge La Forest a soutenu que :

> La relation spéciale de confiance entre le médecin et son patient impose certaines obligations. Parmi celles-ci, on retrouve l'obligation du médecin d'agir avec le plus haut degré de bonne foi et de loyauté, et de préserver la confidentialité des renseignements communiqués ou appris en toute confiance.[20]

Par ailleurs, certains cas de négligence (c'est-à-dire des cas fondés non pas sur la loi fiduciaire mais sur les principes fondamentaux de la négligence) ont examiné directement la tension qui existe entre les besoins de la société et ceux des patients. Prenons comme exemple un cas de la Colombie-Britannique, *Law Estate vs Simice*, où une veuve a poursuivi plusieurs médecins suite à la mort de son mari par rupture d'anévrisme. L'une des excuses apportées par la défense pour ne pas avoir obtenu une tomodensitométrie en temps opportun mentionnait que le plan provincial d'assurance-maladie avait imposé des contraintes sur l'utilisation de tels outils diagnostiques. La Cour n'a pas accepté cette « défense économique » et en est arrivé à la conclusion suivante :

> S'il se pose un choix entre la responsabilité du médecin envers son patient et sa responsabilité envers le système d'assurance-maladie, la première doit avoir préséance dans un cas comme celui-ci. La gravité du tort potentiel causé à un patient qu'on laisse aller sans poser de diagnostic est beaucoup plus importante que celle du tort financier causé au système d'assurance-maladie par l'ajout d'un examen tomodensitométrique démontrant que le patient ne présente pas de condition médicale sérieuse.[21]

Il est important de noter la différence entre ces cas de restriction des coûts et les situations où l'on retrouve une pénurie de ressources comme c'est souvent le cas dans les contextes ruraux. Pour revenir à l'exemple mentionné ci-dessus, les ressources étaient disponibles mais on a consciemment pris la décision de ne pas les utiliser pour respecter une politique de restriction des coûts.

Conclusion

Une relation médecin-patient saine et solide constitue la pierre angulaire sur laquelle repose l'efficacité d'un système de soins de santé. La jurisprudence canadienne récente confirme cette notion en insistant sur l'unicité de cette relation de confiance. Alors que les principes juridiques, telle la loi fiduciaire, clarifient la nécessité pour les médecins d'identifier et de résoudre les conflits d'intérêt potentiels, ils font également ressortir les tensions que la restriction des coûts a suscitées dans la profession médicale. De fait, les médecins canadiens pourraient se retrouver à l'avenir confrontés à des motivations financières les incitant à intégrer dans leurs décisions cliniques une politique de répartition des ressources, scénario vécu par de nombreux médecins américains exerçant dans un contexte de soins gérés. De tels développements ajoutent à la complexité des conflits d'intérêt et se retrouvent au coeur des responsabilités traditionnelles découlant de la relation médecin-patient.

Comment les médecins devraient-ils réagir ? Selon certains observateurs américains, les médecins devraient aborder ces conflits en se considérant les « défenseurs des intérêts économiques » des patients.[22] À ce titre, les médecins se retrouvent avec la responsabilité positive d'intervenir au nom de leurs patients en adoptant des mesures raisonnables pour avoir accès aux ressources de santé. Si cette obligation n'est pas respectée, la responsabilité légale (au moins en théorie) incomberait aux hôpitaux ou à ses dirigeants. D'autres (y compris moi-même), ont par ailleurs indiqué la possibilité de tempérer ces conflits sans toutefois les résoudre par l'inclusion d'une politique de divulgation.[16,23] Le fait d'expliquer aux patients les répercussions des initiatives de restriction des coûts leur permettrait de participer à part

entière à l'élaboration des politiques de soins de santé, notamment d'exercer des pressions sur les décideurs afin de modifier certaines politiques particulières liées à la restriction des coûts.

La réforme des soins de santé continuera de soulever de nombreuses difficultés en termes de responsabilité légale, à savoir dans quelle mesure les décideurs gouvernementaux devraient être tenus responsables des politiques de répartition des ressources.[24] Une chose semble claire cependant. La jurisprudence médico-légale récente indique que les médecins devraient faire tous les efforts possibles pour maximiser leur loyauté envers les patients, malgré l'intimidation qu'engendre le climat économique actuel.

M. Caulfield *est directeur de la recherche et professeur adjoint au Health Law Institute à la Faculté de droit de l'Université d'Alberta à Edmonton.*

Correspondance à : *T. Caulfield, Research Director, Room 457, Health Law Institute, Law Centre, University of Alberta, Edmonton, AB T6G 2H5*

Références

1. Dickens B. Conflicts of interest in Canadian health care law. *Am J Law Med* 1995;21:259-80.
2. Rodwin M. Strain in the fiduciary metaphors : divided physician loyalties and obligations in a changing health care system. *Am J Law Med* 1995;21:241-57.
3. Boyd T. Cost containment and the physician's fiduciary duty to the patient. *De Paul Law Rev* 1989;39:131-59.
4. Caulfield T. Health care reform : can tort law meet the challenge? *Alberta Law Rev* 1994;32:685-722.
5. Morreim EH. Moral justice and legal justice in managed care : the assent of contributive justice. *J Law Med Ethics* 1995;23:247-65.
6. Kassirer J, Angell M. Financial conflicts of interest in biomedical research. *N Engl J Med* 1993;329:570-1.
7. Perry C. Conflicts of interest and the physician's duty to inform. *Am J Med* 1994; 96:375-80.
8. Lexchin J. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry : what does the literature say? *Can Med Assoc J* 1993; 149:1401-7.
9. Fogel ML. Survey of pharmaceutical promotion in a family medicine training program. *Can Fam Physician* 1989;35:1603-05.
10. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* 1993; 329:573-6.
11. Mithra C. The patient has not been informed : a proposal for a physician conflict of interest disclosure law (Editor's note). *Valparaiso University Law Rev* 1992; 27:495-528.
12. Witt M, Gostin L. Conflicts of interest dilemmas in biomedical research. *JAMA* 1994;271:547-51.
13. Rodwin M. *Medicine, money and morals : physicians' conflicts of interest.* New York : Oxford University Press; 1993.
14. Hurley J, Card R. Global physician budgets as common-property ressources : some implications for physicians and medical associations. *Can Med Assoc J* 1996; 154:1161-8.
15. Emanuel E, Dubler N. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 1995;273:323-9.
16. Picard E, Robertson G. *Legal liability of doctors and hospitals in Canada.* Toronto : Carswell;1996. p.132, 205-10.
17. *Wickline v State of California*, 228 Calif Rptr 661 (Ct App 1986).
18. *Bull v Devon Health Authority* (1989) 1 Lancet 738 (C.A.).
19. *Norberg v Wynrib* (1992), 92 D.L.R. (4th) 229 (S.C.C.).
20. *McInerney v MacDonald* (1992), 2 S.C.R. 138.
21. *Law Estate v Simice* (1994), 21 CCLT (2d) 228 (B.C.S.C.), aff'd (1996) 4 W.W.R. 672 (C.A.).
22. Morreim EH. *Balancing act : the new medical ethics of medicine's new economics.* Washington, DC : Georgetown University Press; 1995.
23. Caulfield T, Ginn D. The high price of full disclosure : informed consent and cost containment in health care. *Man Law J* 1994; 22:328-44.
24. Caulfield T. Suing hospitals, health authorities and the government for health-care decisions. *Health Law Rev* 1994;3:7-11.

The College of Family Physicians of Canada | Le Collège des médecins de famille du Canada

Bibliothèque canadienne de médecine familiale

Le service bibliothécaire du Collège des médecins de famille du Canada

Services de la Bibliothèque

Pour les praticiens
- Documentation sur
  - progrès diagnostiques et thérapeutiques
  - renseignements pharmaceutiques
  - sujets touchant la gestion de la pratique
- Recherches sur la documentation médicale
- Copies d'articles médicaux
- Renseignements pour commander des livres et journaux

Pour les chercheurs en médecine familiale
- Recherches documentaires et bibliographies
- Localisation de documents et études
- Documentation sur la méthodologie de recherche

Pour les enseignants en médecine familiale
- Préparation de listes de volumes sur les sujets touchant la médecine familiale
- Conseils sur la façon de recueillir la documentation pour venir en aide à des programmes
- Recherches de documentation médicale sur les sujets touchant la formation des médecins de famille

Pour les résidents en médecine familiale
- Recherches documentaires pour collaborer à des projets de recherche
- Conseils sur la façon d'utiliser les ressources bibliothécaires et bibliographiques

Coût des services bibliothécaires

Recherches de documentation pour les membres du CMFC:
Une recherche gratuite par année, 8 $/recherche additionnelle

Articles copiés ..... 20¢/page
Articles télécopiés ..... 50¢/page
Prêts de volumes et matériel audiovisuel ..sans frais
Bibliographies de la BCMF ..... sans frais
Consultation générale ..... sans frais

Recherches de documentation pour les non-membres: 25 $/recherche; les recherches sont réservées aux sujets touchant la médecine familiale.

Pour utiliser les services de la BCMF, *communiquez avec la libraire à l'adresse suivante:*

Bibliothèque canadienne de médecine familiale
Le Collège des médecins de famille du Canada
2630 avenue Skymark, Mississauga, ON L4W 5A4
Téléphone: (905) 629-0900,
télécopieur (905) 629-0893

OU

Bibliothèque canadienne de médecine familiale
Natural Sciences Centre
University of Western Ontario, London, ON N6A 5B7
Téléphone: (519) 661-3170,
télécopieur (519) 661-3880